

ОБОСНОВАННОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

*Республиканский клинический медицинский
центр Управления делами Президента
Республики Беларусь,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Внедрение в практику новых технологий хирургического лечения существенно изменили тактику и объем хирургических вмешательств в современной флебологии, особенно при лечении варикозной болезни. Использование ультразвуковых методов обследования и коррекции во время операции позволило объективно оценивать результаты хирургического вмешательства в динамике наблюдения. С этой точки зрения очень важно иметь представления об эффективности применения комбинированных технологий во флебологии не только во время оперативного вмешательства в условиях поликлиники, но и в свете отдаленных результатов.

Цель. Дать оценку эффективности комбинированным методам хирургического лечения пациентов флебологического профиля в условиях поликлиники.

Материал и методы. В основу сообщения положен клинический материал 1607 наблюдений оперированных пациентов с различной венозной патологией (в основном, варикозной болезнью и ее последствиями) за период 1996 по 2014 гг. в поликлинических условиях РКМЦ Управления делами Президента Республики Беларусь. Стандартные методы открытой флебэктомии основных поверхностных стволов выполнялись в комбинации с минитравматичными методами удаления притоков, анастомозов и перфораторов (криофлебэкстракция, склеротерапия, операция Мюллера). С 2007 г. применялись лазерные технологии с торцевыми и радиальными световодами так же, как правило, в комбинации с другими миниинвазивными вмешательствами. Контроль результатов операции в отдаленные сроки осуществлялся с обязательным применением дуплексного ультразвукового сканирования.

Результаты и обсуждение. Установлено, что через 3-5 лет рецидив заболевания наблюдается в 10-30% случаев без достоверного различия применения методик флебэктомии и квалификации хирурга, выполнявшего хирургическое вмешательство. Через 10 лет рецидив наблюдается в 80-100%. В первую очередь это связано с прогрессированием основного процесса и нерадикальностью выполненных ранее операций. Особенно быстро развивается рецидив в случаях поражения клапанного аппарата в системе глубоких вен.

Криофлебэкстракция самостоятельно применена в 731 случае (в первые годы освоения методики) и в сочетании с другими методами в 231 случае. Криофлебэкстракция эффективно использовалась для прерывания горизонтального сброса по перфорантным венам. Этот метод оказался просто незаменимым при выполнении минитравматичных операций. Суть заключалась

в следующем: под контролем УЗИ наносился линейный разрез кожи до 3 мм скальпелем на 0,5-1,0 см дистальнее проекции перфоратора. В него вводился криоэкстрактор до уровня апоневроза. После примораживания к кончику криоэкстрактора перфорантной вены, последняя извлекалась, а кровотечение останавливалось локальным прижатием (швов на кожу не требовалось). В 92 случаях использовался большой (БПВ) и малый (МПВ) криостриппинг.

С 2007 г. основным методом лечения варикозной болезни стала эндоваскулярная лазерокоагуляция несостоятельных поверхностных вен. На первом этапе применялся торцевой световод, в т.ч. и многогоразового использования (477), а с апреля 2014г. - радиальный световод одноразового применения (30). Достоверной разницы в отдаленных результатах не отмечено. Считаем, что при использовании радиального световода в центре его прохождения по просвету вены может оставаться канал, который является пусковым механизмом для наступления реканализации. В случае применения торцевого световода, тугое прижатие пальцем просвета вены в зоне коагуляции является более надежным способом закрытия вены. Миниинвазивный метод с применением флебэктомических крючков чаще всего использовался для удаления варикозно-измененных притоков, а в 8 случаях выполнена экстракция МПВ на всем протяжении через 3 прокола кожи.

Объем операции предопределялся по результатам дуплексного сканирования. Операций на выключение большой и малой подкожных вен выполнено соответственно - 559 и 90. При рецидивах выполнено 520 операций с использованием криофлебэкстракции. В остальных случаях применялась, причем неоднократно, склеротерапия и экстракция крючками типа Варади (356 наблюдений).

Выводы. 1) не имеется каких-либо стандартных радикальных методов хирургической коррекции варикозной болезни, прежде всего, из-за прогрессирования основного процесса; 2) пациенты с варикозной болезнью после операции должны находиться на диспансерном учете у хирурга; 3) при первых признаках рецидива следует проводить своевременную коррекцию, используя миниинвазивный подход; 4) существенных различий по частоте рецидива в лечении пациентов в условиях стационара и в поликлинике не имеется; 5) ЭВЛО в сочетании с минифлебэктомией, как комбинированный метод лечения варикозной болезни, может быть рекомендован для широкого применения в поликлинике.

*Стойко Ю.М., Мазайшвили К.В.,
Харитонов С.Е., Цыпляшук А.В.,
Акимов С.С.*

ОСЛОЖНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Национальный медико-хирургический
центр им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Одним из основных принципов

современной флебологии является достаточный радикализм при минимальной агрессии. Этим требованиям вполне отвечает метод склеротерапии. Он позволяет достичь хороших функциональных и эстетических результатов, доступен и относительно прост с технической точки зрения. При этом, вместе с приобретением опыта проведения склеротерапии, стал проявляться и негативный опыт ошибок, опасностей и осложнений при использовании данного метода. В своей работе, с увеличением количества пациентов, мы столкнулись не только с положительными результатами склеротерапии, но и отрицательными последствиями.

Цель. Определить объем стохастических (возникают вследствие случайного стечения обстоятельств, предсказать которые невозможно) и детерминированных (возникают в результате какой-либо ошибки или погрешности в процедуре лечебного процесса) осложнений после проведения склеротерапии вен нижних конечностей.

Материал и методы. Объектом настоящего исследования явились 288 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, наблюдавшихся амбулаторно в период с декабря 2013 г. по октябрь 2014 г. Из них женщин — 257, мужчин — 31. Средний возраст женщин составил 33 ± 15 года. Средний возраст мужчин составил $39 \pm 7,0$ лет. Жидкостная и микропенная склеротерапия применялись в качестве способа устранения косметического недостатка, а так же в сочетании с оперативным вмешательством. Микросклеротерапия таленгиэктазий (ТАЭ) проведена 169 пациентам. Микропенная склеротерапия ретикулярных вен и притоков магистральных вен (после выполненного ранее оперативного вмешательства) — 105 пациентам. Эхо-контролируемая foam-form склерооблитерация стволов магистральных подкожных и несостоятельных перфорантных вен — 14 пациентам.

Результаты и обсуждение. Оценивались в ближайшем (до 6 мес.) и отдаленном периоде (более 6 мес.). В раннем периоде, во время проведения различных видов склеротерапии, склерооблитерированная вена не определялась после первого посещения у 112 (38,9%) пациентов; повторные посещения для полной облитерации потребовались 127 (44,1%); у 37 (12,8%) возникли осложнения; 12 (4,2%) пациентов — не известно. В раннем периоде, во время проведения различных видов склеротерапии, мы столкнулись с такими осложнениями, как: местный отек (13 пациентов - 4,5%); гематома (11 пациентов - 3,8%); неврологические осложнения (4 пациента - 1,4%); вазо-вазальные реакции (3 пациента - 1,1%); некроз кожи (3 пациента - 1,1%); тромбофлебит (2 пациента - 0,7%); тромбоз глубоких вен (ТГВ) (1 пациент - 0,3%). В отдаленном периоде, во время проведения различных видов склеротерапии, склерооблитерированная вена не определялась у 183 (63,5%) пациентов; склерооблитерированная вена не определяется, но остались нежелательные последствия (меттинг, гиперпигментация), исчезнувшие самостоятельно, у 19 (6,6%) пациентов; склерооблитерированная вена не определяется, но остались нежелательные последствия

(меттинг, гиперпигментация), самостоятельно не исчезнувшие, у 53 (18,4%) пациентов; у 2 (0,7%) пациентов облитерации вены не произошло; не известно — 31 (10,8%) пациент. В отдаленном периоде, во время проведения различных видов склеротерапии, мы столкнулись с такими осложнениями, как: гиперпигментация (42 пациента — 14,6%); меттинг (30 пациентов — 10,4%).

Выводы. Рассматривая ошибки, опасности и осложнения склеротерапии, к случайным можно отнести: фолликулит, гнойно-септические осложнения, гипертрихоз, Синдром Николау, аллергические реакции, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии, неврологические осложнения, транзиторное нарушение мозгового кровообращения. К детерминированным: местный отек, внутрикожные и подкожные кровоизлияния, возвратные телеангиэктазии, гиперпигментация, повреждение нерва, интраневральные инъекции, интраартериальные инъекции, некроз кожи, тромбофлебит. Таким образом, если во время проведения склеротерапии вен нижних конечностей иметь представление о вероятности развития того или иного осложнения, появляется возможность предупредить их развитие.

*Стойко Ю.М., Цыплящук А.В.,
Мазайшвили К.В., Яшкин М.Н.,
Щебряков В.В., Семкин В.Д.*

ПОСТТРОМБОТИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СИМПТОМОВ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Национальный медико-хирургический
центр им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Посттромботическая окклюзия нижней полой вены, как правило, сопровождается наиболее тяжелыми формами посттромботической болезни, развитие которых в такой ситуации понятно и объяснимо. Однако встречаются пациенты, у которых окклюзия нижней полой вены не вызывает какой-либо клинически значимой венозной недостаточности. Случаи эти остаются мало изученными, между тем, они являются наглядной иллюстрацией возможностей венозной сети по перераспределению крови. Есть вероятность, что, проследив пути коллатерального оттока у компенсированных пациентов, в будущем мы сможем обосновать коррекцию венозного оттока при декомпенсации.

Цель. Выявить естественные пути оттока при посттромботической окклюзии нижней полой вены у пациентов без клинически значимой венозной недостаточности.

Материал и методы. В период с 2012г по 2014г в НМХЦ им. Н.И. Пирогова было обследовано 6 пациентов с посттромботической окклюзией нижней полой вены без признаков венозной недостаточности. Всем им выполнялись контраст-